



L'OTTIMIZZAZIONE TERAPEUTICA DOPO EVENTO CARDIOVASCOLARE
NEL PASSAGGIO TRA ACUTO E RIABILITAZIONE

5 NOVEMBRE 2025 | COSMO HOTEL PALACE MILANO

Ore 16.00

Cold Case Interattivi

Il cold case glicofine in Lombardia: dal PT unico
basato sui criteri di appropriatezza ai nuovi scenari

Marco Ambrosetti



◆ AI Overview



L'AIFA ha abolito il piano terapeutico per le gliflozine, rendendole dispensabili in farmacia con la semplice ricetta medica ripetibile. Questa modifica, entrata in vigore il 19 luglio 2025, semplifica l'accesso ai farmaci per i pazienti affetti da diabete di tipo 2, scompenso cardiaco e malattia renale cronica. La novità elimina la necessità di visite specialistiche per il rinnovo del piano, facilitando la gestione della terapia per i pazienti e i medici. [📄](#)

◆ AI Overview

"Cold case" significa "caso freddo" o caso irrisolto, riferendosi a un'indagine penale che non ha portato a una soluzione e per la quale le investigazioni sono state sospese. Questi casi vengono riaperti se emergono nuove prove o informazioni, sfruttando spesso i progressi della scienza forense e delle tecnologie. [📄](#)

- **Caratteristiche:** Si tratta di crimini gravi, come omicidi, per cui non si è mai arrivati all'identificazione di un colpevole. [📄](#)
- **Riapertura delle indagini:** Le indagini possono essere riattivate grazie a nuove tecnologie forensi, analisi di vecchi reperti o alla scoperta di nuove testimonianze. [📄](#)
- **Obiettivo:** L'obiettivo è risolvere il caso attraverso un'analisi approfondita e retrospettiva, raccogliendo nuove informazioni, intervistando persone e rivalutando le prove. [📄](#)

Punti chiave dell'abolizione

- **Riclassificazione in fascia A:** Le gliflozine sono passate alla fascia A dei farmaci rimborsabili.
- **Fine del piano terapeutico:** Non è più necessario un piano terapeutico specialistico.
- **Distribuzione in farmacia:** I farmaci vengono dispensati direttamente nelle farmacie.
- **Prescrizione con ricetta ripetibile:** È sufficiente la ricetta medica del medico di base.
- **Maggiore semplicità e accesso:** La modifica semplifica l'accesso alle terapie per diabete, scompenso cardiaco e malattie renali.
- **Abolizione della Nota 100:** È stata superata anche la scheda di prescrizione legata alla Nota 100 AIFA. [📄](#)

Cosa significa per i pazienti

- **Meno burocrazia:** I pazienti non devono più sottoporsi a visite specialistiche per il rinnovo della terapia.
- **Maggiore autonomia:** Il medico di medicina generale può prescrivere il farmaco direttamente.
- **Accesso più rapido:** Si attende una maggiore e più rapida disponibilità del farmaco. [📄](#)



Accesso alla terapia più facile

Eliminazione di visite specialistiche per la prima prescrizione e i rinnovi

Riduzione burocrazia per i medici

Riduzione liste d'attesa

Miglioramento aderenza terapeutica

Semplificazione della vita per i pazienti

Potenziamento medicina territoriale

SCOMPENSO CARDIACO

DIABETE

MALATTIA RENALE CRONICA

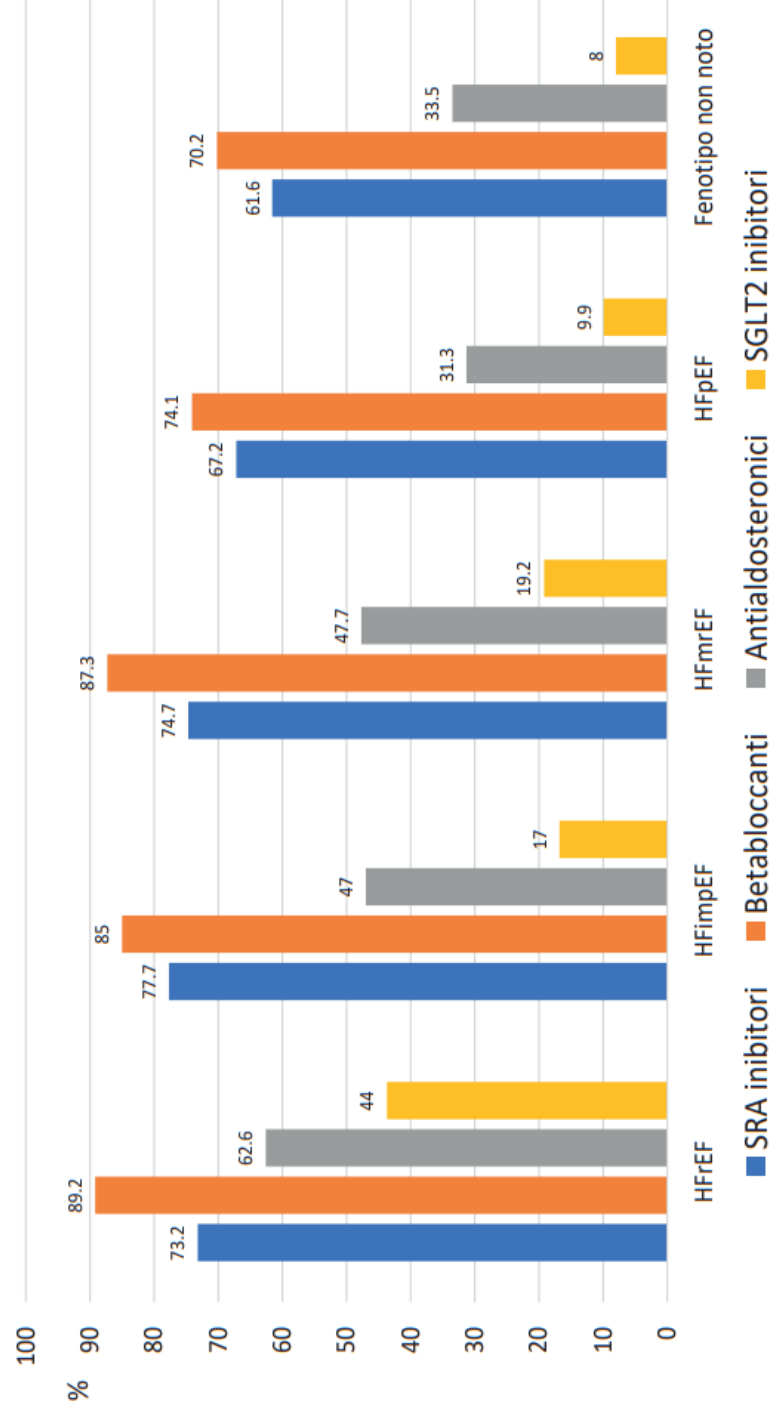


Figura 6. Utilizzo nei diversi fenotipi dei farmaci indicati per il trattamento dello scompenso cardiaco. Dati dell'Osservatorio Cardiovascolare del Friuli-Venezia Giulia (2022).
 HFimpEF, scompenso cardiaco con frazione di eiezione migliorata; HFmrEF, scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta; HFpEF, scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata; HFref, scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta; SGLT2 inibitori, inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio-2; SRA inibitori, inibitori del sistema renina-angiotensina.



Tabella 4. Esempi di situazioni osservabili in Cardiologia Preventiva e Riabilitativa che potenzialmente influenzano la selezione degli agonisti recettoriali del *glucagon-like peptide-1* (GLP1-RA)/inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2) come farmaci di cardioprotezione nel paziente con diabete.

Ricerca predominante di effetto antiaterogeno (preferibile GLP1-RA)	Ricerca predominante di effetto emodinamico (preferibile SGLT2)
<p>Percorso riabilitativo dopo rivascolarizzazione coronarica incompleta, procedure interventistiche complesse o restenosi di stent/graft</p> <p>Frequente attivazione di programmi riabilitativi per recidive di eventi coronarici</p> <p>Presenza di arteriopatia periferica sintomatica (sia come comorbidità sia come condizione primaria per il referral)</p> <p>Giudizio di elevato rischio residuo alle valutazioni attivate nel corso del Progetto Riabilitativo Individuale (es. ischemia inducibile al test da sforzo, elevato calcium score coronarico, localizzazione di lesioni aterosclerotiche multiple all'eco-color Doppler vascolare periferico, significativa riduzione dell'indice caviglia-braccio)</p> <p>Difficoltà al raggiungimento del target pressorio e/o lipidico o significative elevazioni di singoli fattori di rischio</p>	<p>Frazione di eiezione ridotta (stabile o intercorrente) e/o elevati valori di BNP/NT-proBNP durante il programma riabilitativo</p> <p>Percorso riabilitativo dopo sindrome coronarica acuta con elevato rischio di rimodellamento sfavorevole del ventricolo sinistro</p> <p>Frequente attivazione di programma riabilitativo per recidive di scompenso</p>
<p>Resistenza/barriere alla modifica dello stile di vita (es. persistenza di fumo, dieta alterata, sedentarietà)</p> <p>Presenza di comorbidità incrementanti il rischio aterosclerotico (es. neoplasie, malattie infiammatorie croniche, BPCO, disturbi sonno-relati, obesità, disfunzione erettile, ipercolesterolemia familiare, COVID-19)</p> <p>Difficoltà alla prescrizione/titolazione di altre classi di farmaci antitrombotici (es. mono- o duplice antiaggregazione, ipolipemizzanti)</p>	<p>Persistenza di instabilità emodinamica durante il percorso riabilitativo (es. esigenza di terapia diuretica e.v. o utilizzo inotropi/vasodilatatori e.v. durante il percorso riabilitativo)</p> <p>Limitazione allo sforzo primariamente cardiogena valutata al test cardiopolmonare</p> <p>Presenza di condizioni predisponenti instabilità emodinamica (es. valvulopatie, aritmie, insufficienza respiratoria acuta e cronica, infezioni, anemia)</p> <p>Insufficienza renale cronica o alterazione intercorrente della funzionalità renale (es. dopo utilizzo di mezzo di contrasto o necessità di sospensione della metformina)</p>
<p>Difficoltà alla prescrizione/titolazione di altre classi di farmaci anti-trombotici (es. ACEi/sartani, beta-bloccanti, MRA, ARNI)</p> <p>ACEi, inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina; ARNI, inibitori del recettore dell'angiotensina e della nepriliasina; BNP, peptide natriuretico di tipo B; BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva; e.v., per via endovenosa; MRA, antagonisti recettoriali dei mineralcorticoidi; NT-proBNP, frammento N-terminale del propeptide natriuretico di tipo B.</p>	<p>Difficoltà alla prescrizione/titolazione di altre classi di farmaci anti-scompenso (es. ACEi/sartani, beta-bloccanti, MRA, ARNI)</p>



Home » News » MENO UNO!

MENO UNO!

30/06/2025 / News

Care Socie, cari Soci

Oggi è una giornata storica per la Nefrologia e soprattutto per i nostri pazienti con MRC.

Finalmente l'accesso alle gliflozine per i nostri pazienti è semplificato. Il CDA di AIFA nella riunione di stamattina, 30 giugno, ha deliberato la nuova modalità prescrittiva di questi farmaci: per le gliflozine indicate per la "Malattia Renale Cronica-MRC con o senza Diabete Mellito tipo 2", ossia dapagliflozin ed empagliflozin, è stato abolito il Piano Terapeutico... meno uno!!!

<https://www.aifa.gov.it/-/il-cda-aifa-approva-la-riclassificazione-delle-gliflozine-nella-fascia-a-dei-prodotti-rimborsati-acquistabili-in-farmacia>

I pazienti con MRC potranno quindi accedere a dapagliflozin ed empagliflozin tramite una semplice ricetta ripetibile, proprio come avviene per i comuni antibiotici o antipertensivi.

È ora auspicabile un sempre maggiore utilizzo di gliflozine, che ricordiamo essere indicate nella MRC con evidenza di grado 1A dalle linee guida per la pratica clinica nefrologica KDIGO 2024.

La SIN ringrazia AIFA ed il Governo per la sensibilità dimostrata verso i nostri pazienti fragili.

La nostra azione, iniziata ormai più di un anno fa, non si ferma tuttavia a questo successo: continueremo nei prossimi mesi a collaborare con le Istituzioni Sanitarie al fine di rendere più facile ai pazienti con MRC l'accesso a tutti i farmaci nefroprotettivi.

Cordiali saluti

Il Presidente SIN



Tabella 1 | Raccomandazioni e punti pratici dei capitoli 1 e 2 delle Linee guida di pratica clinica KDIGO 2024 per la valutazione e la gestione della CKD

Capitolo 1. Valutazione della CKD

1. Diagnosi e valutazione della CKD

1.1.1 Individuazione della CKD

Punto pratico 1.1.1.1 - Esaminare le persone a rischio di/con malattia renale cronica (CKD) utilizzando sia la misurazione dell'albumina nelle urine sia la valutazione della velocità di filtrazione glomerulare (GFR).

Punto pratico 1.1.1.2 - In caso di riscontro incidentale di un rapporto albumina-creatinina (ACR) urinaria elevato, ematuria o basso GFR stimato (eGFR), ripetere gli esami per confermare la presenza di CKD.

1.1.2 Metodi di stadiazione della CKD

Raccomandazione 1.1.2.1 - Negli adulti a rischio di CKD, si raccomanda di utilizzare la velocità di filtrazione glomerulare stimata basata sulla creatinina (eGFRcr). Se la cistatina C è disponibile, la categoria GFR deve essere stimata dalla combinazione di creatinina e cistatina C (velocità di filtrazione glomerulare stimata basata su creatinina e cistatina C [eGFRcr-cys]) (1B).

1.1.3 Valutazione della cronicità

Punto pratico 1.1.3.1 - La prova della cronicità (durata di almeno 3 mesi) può essere stabilita tramite:

- (i) revisione delle precedenti misurazioni/stime del GFR;
- (ii) revisione delle misurazioni pregresse dell'albuminuria/proteinuria ed esame microscopico delle urine;
- (iii) risultati di imaging quali la riduzione delle dimensioni del rene e dello spessore della corticale;
- (iv) quadro renale patologico, come fibrosi e atrofia;
- (v) anamnesi, in particolare condizioni note per causare o contribuire alla CKD;
- (vi) misurazioni ripetute nell'arco dei 3 mesi e oltre.

Punto pratico 1.1.3.2 - Non presumere la cronicità sulla base di un singolo livello anormale di eGFR e ACR, poiché il risultato potrebbe essere determinato da un recente evento di danno renale acuto (AKI) o da malattia renale acuta (AKD).

Punto pratico 1.1.3.3 - Valutare l'avvio di trattamenti per la CKD alla prima presentazione di GFR diminuito o di ACR elevato se si ritiene probabile che la CKD sia dovuta alla presenza di altri indicatori clinici.